VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 120)
z dnia 21 marca 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 120)

21 marca 2018 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad dziećmi.

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Krystyna Łakomska** naczelnik Wydziału Świadczeń w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Olga Kozieł** starszy specjalista w Departamencie Strategii i Działań Systemowych Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Aleksandra Ciałkowska-Rysz** prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej ze współpracownikiem, **Milena Dobrzyńska** prawnik w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Maria Matusiak** członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz **Wiesława Pokropska** konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Emilia Szpindor** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dzień dobry. Witam na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam panie i panów posłów, wszystkich przybyłych gości i pana ministra. Dzisiejszy porządek zawiera jeden punkt – rozpatrzenie informacji na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad dziećmi.

Proszę bardzo, panie ministrze, udzielam panu głosu w tej sprawie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, szanowni państwo zgromadzeni, chciałbym w skrócie przedstawić informację, którą przesłaliśmy wcześniej do Komisji.

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują wszechstronną, całościową opiekę i leczenie objawowe chorych na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe. Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu tej opieki określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Świadczenia te realizowane są w warunkach stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywne; domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych; ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej oraz perinatalnej opieki paliatywnej, w ośrodku diagnostyki prenatalnej, w ośrodku kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym. W zakresie koniecznym do wykonywania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatne badania diagnostyczne w warunkach stacjonarnych, leki oraz wyroby medyczne.

W Polsce funkcjonuje 115 hospicjów stacjonarnych posiadających 2260 łóżek, 839 hospicjów domowych oraz 11 dziennych ośrodków opieki paliatywnej lub hospicyjnej. Dodatkowo zarejestrowanych jest 85 oddziałów medycyny paliatywnej posiadających 1444 łóżka oraz 326 poradni medycyny paliatywnej w opiece ambulatoryjnej.

W 2017 r. 525 świadczeniodawców udzieliło świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej niemal 92 tys. pacjentów, w tym ponad 500 świadczeniodawców udzieliło wyżej wymienionych świadczeń ponad 60 tys. pacjentów po 65. roku życia. Wartość rozliczonych świadczeń w przedmiotowym zakresie wynosiła ok. 415 mln zł, w tym niemal 268 mln zł wyniosła wartość świadczeń udzielonych osobom w wieku starszym niż 65. roku życia.

Zestawiając powyższe dane z danymi sprzed 5 lat, czyli z 2013 r., zauważalny jest wzrost zarówno liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, liczby pacjentów korzystających z tych świadczeń, jak i wartości rozliczonych usług. Ponadto, od 1 stycznia 2017 r. w opiece paliatywnej zostały wprowadzone nowe taryfy świadczeń określone przez prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji.

Zgodnie z załącznikiem obwieszczenia prezesa tej agencji, ustalono następujące taryfy: osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarnym, określono jako 6,1 pkt; osobodzień w hospicjum domowym – 1 pkt; osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci – 1,6 pkt oraz porada w poradni medycyny paliatywnej – 0,59 pkt. Taryfy ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj., osobodnia w hospicjum domowym, któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 pkt, koszt świadczenia bazowego szacowano na wartość 56,19 zł. Z powodu ograniczonych środków finansowych uwzględnienie ceny jednostkowej za punkt na poziomie ceny przyjętej przez AOTM do wyliczenia taryfy w przedmiotowym rodzaju świadczeń zostało rozłożone na 2 lata. W 2017 r. pierwsza zwyżka, a w 2018 r. nastąpi druga. Jest to zgodne z uzasadnieniem sporządzonym przez agencję w propozycji projektów taryf i świadczeń, w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych z tego zakresu.

Docelowe zwiększenie finansowania świadczeń z przedmiotowego zakresu będzie następować sukcesywnie, zgodnie z możliwościami poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Natomiast cena za jednostkę rozliczeniową ustalana jest przez strony umowy – dyrektora oddziału wojewódzkiego oraz świadczeniodawcę.

Odnosząc się do opieki hospicyjnej nad dziećmi, w programie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, w priorytecie pierwszym – wsparcie dla kobiet w ciąży i rodzin, wprowadzono zadanie 1.3 – opieka paliatywna i hospicyjna. Celem tego działania jest wsparcie rodzin dzieci z wadą letalną, poprzez zapewnienie możliwości opieki psychologicznej rodzinie i godnych warunków umierania dzieciom z wadą letalną oraz zwiększenie dostępności do tych świadczeń.

W związku z powyższym wprowadzono nowe świadczenie gwarantowane: perinatalną opiekę paliatywną. Opieka ta skierowana jest zarówno do dziecka-noworodka, jak i jego rodziny. Świadczenie ma zagwarantować kompleksowe objęcie opieką rodziny w tym trudnym momencie życia. Świadczenia gwarantowane realizowane w ramach perinatalnej opieki…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Przepraszam, panie ministrze. Bardzo proszę o spokój, bo echo niesie i tutaj naprawdę nie słychać pana ministra.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Świadczenia gwarantowane realizowane w ramach perinatalnej opieki paliatywnej obejmują m.in. porady i konsultacje lekarskie oraz porady psychologa w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dzieci lub hospicjum stacjonarnym, a także koordynację opieki poprzez zapewnienie współpracy ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii lub neonatologii w warunkach leczenia szpitalnego lub porady specjalistycznej. W 2017 r. 74 świadczeniodawców udzieliło świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej ponad 1600 pacjentom poniżej 18. roku życia. Wartość rozliczonych świadczeń w przedmiotowym zakresie wynosiła ok. 35,5 mln zł. W tym samym okresie – w latach 2013–2017 – zaobserwowano wzrost zarówno liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej pacjentom poniżej 18. roku życia, jak i liczby pacjentów, którym te świadczenia są udzielane, a także wartości rozliczonych świadczeń.

Obecnie zakończyły się konsultacje publiczne projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rozpoczęto analizę propozycji i uwag zgłoszonych do tego projektu.

Projekt porządkuje i systematyzuje proces kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej dzięki wprowadzeniu karty kwalifikacji do tych świadczeń dla pacjentów dorosłych. Karta ma dwa skutki decyzyjne: objęcie specjalistyczną opieką paliatywną lub dyskwalifikację z tego leczenia. Przedmiotowy projekt wprowadza również zmianę polegającą na włączeniu rozpoznania stwardnienie rozsiane do wykazu nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których udzielane są świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Jednocześnie wprowadza się możliwość realizacji świadczeń opiekuńczych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej przez osoby o kompetencjach opiekuna medycznego. Wprowadzenie dodatkowego personelu do realizacji świadczeń ma na celu uzyskanie poprawy opieki nad tymi osobami. Projekt zmian w dotychczasowym rozporządzeniu przygotowany był w ścisłej współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Paliatywnej oraz konsultantem krajowym w tej dziedzinie.

Dziękuję bardzo pani przewodniczącej za możliwość przedstawienia tego projektu.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję.

Kto z państwa posłów – pań posłanek i panów posłów – chciałby zabrać głos? Proszę bardzo, pan poseł.

Poseł Zbigniew Pawłowicz (PO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, panie ministrze, dziękujemy bardzo za przedstawione materiały. Myślę, że wszyscy jesteśmy zainteresowani tym, żeby opieka hospicyjna zarówno dla osób z nieuleczalnymi chorobami, jak również dla osób w podeszłym wieku, była zagwarantowana na najwyższym poziomie.

Panie ministrze, mam kilka pytań, które – jak myślę – wymagają rozszerzenia pańskiej informacji. Po pierwsze, widząc wzrost liczby świadczeń i wzrost nakładów na tego rodzaju świadczenia, chciałbym zapytać, jak pan minister porównuje czas oczekiwania na opiekę stacjonarną hospicyjną czy opiekę paliatywną w latach minionych z czasem obecnym. Czy ten czas oczekiwania się skrócił, czy nie? Byłoby to istotne.

Druga sprawa. Przy wzroście liczby świadczeniodawców w roku 2017 i wzroście liczby pacjentów, chciałbym zapytać, jak się kształtują te dane w zakresie opieki stacjonarnej i opieki domowej. To jest istotne, bo – jak sądzę – jednak inne są koszty opieki stacjonarnej w ośrodkach opieki paliatywnej czy hospicyjnej, a inne są koszty opieki domowej. To byłoby istotne rozgraniczenie tej agregacji kosztów całościowych na opiekę stacjonarną i opiekę domową.

I następna sprawa. W związku z propozycją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, chciałbym zapytać, czy w aspekcie tego projektu, który ma wprowadzić możliwość realizacji świadczeń opiekuńczych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej przez osoby o kompetencjach opiekuna medycznego, rozważają państwo zmianę. Obecnie świadczeniobiorcy świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjach domowych dla osób dorosłych nie przysługują świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz rehabilitacji leczniczej, a to w opiece domowej – jak sądzę – byłoby w pewnym sensie istotne lub nie. To takie moje pytania.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Chybicka i pani poseł Gelert.

Poseł Alicja Chybicka (PO):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, panie ministrze, ja mam następujące pytanie. Większość hospicjów – mówię o hospicjach dziecięcych – głównie wyjazdowych zgłasza

zbyt niskie finansowanie. Praktycznie przy każdym hospicjum wyjazdowym – a we Wrocławiu są takie dwa – działa fundacja, która dokłada mniej więcej drugie tyle do tego, aby ta opieka była taka, jak należy, jak zresztą jest zapisane w ustawie. Przecież te elementy, które mają wchodzić w skład opieki paliatywnej wyjazdowej, czyli lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog, kosztują. Czy państwo przewidują zwiększenie tej stawki w najbliższym czasie, co byłoby nadzwyczaj potrzebne? Ta opieka jest nie do przecenienia.

Ja pamiętam lata, w których dzieci umierały na oddziałach pediatrycznych z różnych przyczyn. W tej chwili ta możliwość przekazania dziecka – a tak naprawdę, nie przekazania… Każdy człowiek, w tym również małe dziecko, chciałby odejść z tego świata – gdyby życie już tak się ułożyło – we własnym domu, przy własnym psie, kocie, rodzinie. Obojętne, jak ten dom wygląda, każde z dzieci chce do domu wrócić. A zatem, dofinansowanie tej opieki paliatywnej wydaje się rzeczą bezcenną, bo my na oddziałach możemy hospitalizować te dzieci aż do końca, ale tak naprawdę jest to z wielką krzywdą dla tych dzieci i ich rodziców.

I tak jak powiedziałam na wstępie, oba dolnośląskie hospicja – bo one obejmują cały Dolny Śląsk – zgłaszają niskie finansowanie, niewystarczające. Ja wiem, że ono rośnie, ale chyba zbyt wolno. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Panie ministrze, ja jak najbardziej popieram moją przedmówczynię. Myślę jednak, że to dotyczy nie tylko dzieci, ale również osób starszych, a przede wszystkim osób starych. Powinniśmy uczyć całe społeczeństwo, że chyba najbardziej godnie odchodzi się we własnym domu. Jednak, żeby odejście było godne, trzeba przygotowywać rodziny. I mam takie zapytanie, ponieważ państwo podają, że projektowane nowe rozporządzenie wprowadza nowe jednostki chorobowe, które ewentualnie będą mogły być objęte opieką hospicyjną. W moim odczuciu – nie wiem, jak jest w przypadku pozostałych koleżanek i kolegów – jest to nadal bardzo wąska grupa osób, a może nie wąska, tylko zbyt wąska, która jest objęta wykazem tych jednostek chorobowych, które nadają się do leczenia.

Czy przewidują państwo rozszerzenie tych jednostek, gdyż cały czas mówimy, że nasze społeczeństwo się starzeje, i to jest fakt? W związku z tym tych chorób, niekoniecznie nowotworowych, będzie coraz więcej, i to chorób przewlekłych, w przypadku których opieka przewlekła, paliatywna, również jest bardzo przydatna, bo hospicja mają w tej chwili największe doświadczenie, zarówno w leczeniu, jak i nauce opiekowania się przez innych osobami przewlekle chorymi w domu.

Zatem zwracam się z takim zapytaniem, ponowię je: Czy widzą państwo możliwość rozszerzenia wykazu chorób poza stwardnienie rozsiane, które – jak opisujecie – będzie ewentualnie objęte tą opieką? Oczywiście, finansowanie jest niezmiernie istotne, szczególnie kładąc nacisk na opiekę domową. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś z posłów chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń… Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Anna Czech (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, panie ministrze, ja mam krótkie pytanie. Spóźniłam się chwilę i niedosłyszałam, czy pan minister wspominał o czasie oczekiwania na miejsce w hospicjum. Czy ta polityka – bo widzę, że ona jest prowadzona w kierunku poprawy warunków, poprawy finansowania – zmierza do tego, żeby skrócić czas oczekiwania, co szczególnie w tych przypadkach jest dotkliwe, bolesne? Nie powinno tak być, żeby na to miejsce oczekiwać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze z posłów? Nie.

To ja mam jeszcze pytanie do pana, panie ministrze. Mianowicie, uważam, że niewątpliwie hospicja i opieka paliatywna to wyzwania, z którymi musimy zmierzyć się z róż-

nych względów, nie tylko dlatego, że mamy problem z demografią, czyli ze starzejącym się społeczeństwem, ale także z chorobami cywilizacyjnymi. Wiemy, że tych chorób będzie coraz więcej, ale chcemy też, żeby ludzie odchodzili godnie. I cała kompleksowa opieka idzie w tym kierunku, w jakim zarówno minister zdrowia, jak i my wszyscy uważamy, powinna pójść. A żeby tak było, żeby zbudować tę kompleksową opiekę nad pacjentem, to trzeba również pamiętać o tym ostatnim momencie i o godnym odejściu z tego świata. Dlatego uważam, że właśnie hospicja i różnego rodzaju opieka nad osobami przewlekle chorymi to niewątpliwie jeden z bardzo ważnych i priorytetowych tematów.

To, że w tej chwili mamy za mało świadczeniodawców i że trzeba będzie ich coraz więcej, to też wiemy. I to też powiedział pan minister, że wprawdzie liczba tych placówek wzrasta, ale wciąż jest niezadowalająca. Dlatego chciałabym zapytać, czy państwo mają na przyszłość w swojej strategii, w swojej polityce, jakieś zachęty ku temu, żeby tego typu placówki powstawały. Wiemy, że jest problem także z fachowcami, z wykwalifikowanymi ludźmi do opieki. Co w tej dziedzinie będą państwo proponować? W jaki sposób będzie się kształcić osoby, które będą się opiekować przewlekle chorymi, nie tylko dziećmi, ale także osobami starszymi, bo to na pewno będzie największe wyzwanie? I czy w budowaniu takiego projektu kompleksowej opieki będzie uwzględniona również rehabilitacja na każdym poziomie, czyli bezpośrednio po wyjściu ze szpitala i rehabilitacja ustawiczna, aż do ostatniego momentu? Ponieważ wiemy, że człowiek aktywny, który jest samodzielny, zdecydowanie lepiej egzystuje aniżeli osoba, która wymaga ciągłej opieki. Dlatego rehabilitacja, w tym pod kątem pracy mózgu, jest także ogromnie ważna.

Pytam więc, czy planują to państwo, czy mają jakąś strategię na lata następne. W jaki sposób dopuszczą państwo na rynek różnego rodzaju podmioty np. prywatne? Czy będą jakieś zachęty dla takich osób, które będą chciały otwierać takie ośrodki? Bo jak wiemy, na ten moment problem jest właśnie w finansowaniu, w tym, że brakuje odpowiedniej liczby kontraktów i osoby, które nawet by chciały prowadzić takie ośrodki, wiedzą, że nie dadzą rady pod względem finansowym utrzymać tych placówek. To jest ogromne wyzwanie. I nie mówimy tutaj o żadnej polityce, tylko o konkrecie, który trzeba zaplanować na wiele lat do przodu i krok po kroku, systematycznie z tym się mierzyć.

Bardzo proszę powiedzieć, czy taką wizję, taką strategię opracowujecie. Czy bierzecie pod uwagę różne wątki i możliwości, aby na rynku pojawiły się różnego rodzaju placówki, być może dofinansowywane, wspierane, albo trzeba po prostu powiedzieć, że nie mamy na to pieniędzy i muszą to być sensu stricto placówki. Dziękuję.

Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos? Proszę, pani po lewej stronie. Proszę się przedstawić.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej. Ja słuchając państwa, mam wrażenie, że państwo nie do końca rozumieją, czym jest opieka paliatywna i hospicyjna, bo to nie jest opieka długoterminowa i od tego trzeba zacząć. Opieka paliatywna dotyczy przede wszystkim pacjentów z chorobami postępującymi, gdzie całe działanie polega generalnie na kontroli objawów. Czyli nie jest to działanie dla opiekunów, tylko dla profesjonalistów i takich profesjonalistów w Polsce mamy.

Te dane są trochę niezgodne ze stanem faktycznym, bo mamy 450 hospicjów domowych, czyli możemy powiedzieć, że jest ich więcej niż powiatów. To wcale nie znaczy, że w każdym powiecie mamy hospicjum, ale generalnie jest bardzo niewiele powiatów, w których hospicjum domowego nie ma, jeżeli chodzi o hospicja dla dorosłych.

Jeżeli chodzi o oddziały – oddział/hospicjum stacjonarne, bo w Polsce te formy są traktowane jako tożsame – jest ich 160. Jest to zdecydowanie za mało. Generalnie mówimy, że opieka powinna być w domu. Przez długi czas faktycznie widzieliśmy tę potrzebę, jednak aktualnie widzimy coraz większą potrzebę istnienia form stacjonarnych z powodu niewydolności i braku rodziny. To jest rzecz, z którą musimy się zmierzyć, ponieważ rodziny są albo bardzo małe, albo niewydolne, albo mieszkają zagranicą, a pacjenci są samotni, potrzebujący opieki i niesprawni. Zatem, musimy bardziej strategicznie podejść do organizacji form stacjonarnych, ale również ośrodków pobytu dziennego.

My jako towarzystwo już w roku 2012 złożyliśmy taką propozycję o wprowadzenie do świadczeń gwarantowanych oddziałów pobytów dziennych dla opieki paliatywnej, bo w wielu jednostkach stacjonarnych takie miejsca dla tego typu jednostek są. One by w jakimś stopniu rozwiązały problem części pacjentów, przynajmniej tych, których rodziny po prostu pracują. Te formy są w chwili obecnej niefinansowane, natomiast one będą zdecydowanie mniej kosztowne niż formy całkowicie stacjonarne. To pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Rozwijanie form ambulatoryjnych. Obecnie mamy ponad 400 hospicjów domowych, a poradni ok. 130, a tak naprawdę powinno być ich tyle samo, ile form stacjonarnych, a przynajmniej jedna w powiecie. Dlaczego tak jest? One są po prostu cały czas źle finansowane, pomimo tego, że to się poprawiło, dlatego że poradnia generalnie powinna świadczyć również wizyty domowe, a kwota, która jest przeznaczona na świadczenie, nie została zróżnicowana pomimo wielu naszych postulatów.

Takim postulatem od wielu lat, którego rozwiązanie jest możliwe poprzez zarządzenie prezesa NFZ, jest np. możliwość finansowania przetoczeń krwi w oddziale medycyny paliatywnej. W chwili obecnej, pacjent, który wymaga przetoczeń albo nie jest przyjmowany do opieki paliatywnej – i w tym momencie pacjenci hematologiczni są dyskryminowani – albo musi być transportowany na duże odległości. A tak naprawdę jest to tylko kwestia rozliczenia jednostek krwi. Na tym polega problem. Jeżeli bowiem chodzi o spełnianie pozostałych wymogów, to w jednostkach medycyny paliatywnej pracują lekarze specjaliści, którzy tak naprawdę mają podwójne specjalizacje. Większość to lekarze interniści czy też onkolodzy lub chirurdzy.

Zatem uprawnienia, jeżeli chodzi o pracowników, są. Jest tylko kwestia dobrej woli. I takich rzeczy jest dość dużo. My jako towarzystwo generalnie postulujemy wiele zmian i tak naprawdę oczekujemy otwartości na nasze propozycje, bo wydaje się nam, że są one przemyślane i znane od lat.

Jeżeli chodzi o rozporządzenie, które w chwili obecnej jest przygotowywane, to owszem, ono częściowo było z nami konsultowane, ale niestety zostały do niego wybrane tylko te rzeczy, które odpowiadały osobom przygotowującym to rozporządzenie. Natomiast nie jest tak, że wszystko, co zostało w nim zawarte, jest z nami skonsultowane. My zresztą zgłosiliśmy w uwagach to, z czym się nie zgadzamy. Tak wygląda sytuacja.

W chwili obecnej ta sytuacja, jeżeli chodzi o finansowanie opieki paliatywnej, poprawiła się, bo do 2016 r. była naprawdę tragiczna i groziła zamknięciem wielu jednostek. Od 2017 r., w związku z wejściem taryf, mamy sytuację lepszą. Można więc powiedzieć, że możemy funkcjonować, aczkolwiek na poziomie minimalnym, natomiast w tej chwili tak naprawdę chodzi o sprawy organizacyjne, a niektóre z tych spraw nie są związane z dodatkowymi kosztami. My rozumiemy, że nie ma pieniędzy na wszystko, ale dobra wola powinna się znaleźć. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos? Panie ministrze, udzielam panu głosu. Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Dziękuję bardzo. Początkowa część – dziękuję za wszystkie wystąpienia – odnosi się do zróżnicowania między opieką paliatywno-hospicyjną a opieką długoterminową. Często w debacie publicznej terminy te się łączą i wtedy trudno jest do nich precyzyjnie się odnosić. Myślę jednak, że to wyjaśnienie to precyzuje.

W Polsce połowa z nas umiera w szpitalach, a druga połowa umiera w warunkach domowych lub właśnie w miejscach opieki paliatywnej i hospicyjnej. I rzeczywiście całość tej strategii można określić w jeden sposób. Powinniśmy to robić i robimy to w sposób przemyślany, co pokazuje zwiększenie finansowania, aby jak najwięcej z nas umierało w warunkach godnych.

Kierujemy się w stronę dzieci. Hospicja dziecięce w taryfach są zdecydowanie lepiej wycenione. Oczywiście wszystkim kwotom i oczekiwaniom nie jesteśmy w stanie sprostać.

Odnosząc się do konkretnych pytań, powiem, że czas oczekiwania nie jest raportowany. W związku z tym odpowiedź wprost może być trudna. Natomiast mamy wyliczoną

medianę oczekiwania na hospicja, zarówno domowe, jak i stacjonarne. To jest 3–7 dni. Na pewno z perspektywy rodziny chorego, a często niego samego, ten czas jest długi, ale jeśli popatrzymy na różnego rodzaju kolejki, niekiedy organizacyjne, to cel obniżenia tego czasu jest jednym z kilku priorytetów.

Odnośnie do opiekuna medycznego, było pytanie pana posła dotyczące rehabilitacji. Rehabilitacja jest wpisana w hospitalizację domową jako element do sfinansowania. Jest to więc możliwe do wykonania.

Jeśli chodzi o wzrost wycen – bo to się przewijało – w hospicjach dziecięcych punktowanie jest na poziomie 1,6. W związku z tym, jeżeli to jest za mało, jedyną szansą jest zwiększanie tej kwoty ogólnej. W poszerzonym materiale mają państwo uwidoczniony wzrost tych nakładów, które odnosiły się do ostatnich analizowanych 5 lat. To jest prawie 250 mln zł więcej. To pewnie jest kwota niewystarczająca. Z ostatniej wypowiedzi przedstawiciela towarzystwa widać, że jest niewystarczająca, ale ona sukcesywnie wzrasta. W taryfikacji, którą określaliśmy na lata 2017-2018, chcemy spowodować wzrost. I to będzie dotyczyć również opieki długoterminowej. W związku z tym wydaje się nam, że podniesienie tych kwot spowoduje, że zarówno osoby przewlekle chore, jak i te, które w stanie terminalnym wymagają specjalnej opieki, będą tę opiekę otrzymywać w sposób bardziej kompleksowy i profesjonalny.

Rzeczywiście, nie bardzo zgodziliśmy się na dzienne domy opieki w tej formule. Chcemy dzienne domy opieki medycznej skonstruować w formule bardziej otwartej, dla większej grupy chorych, szczególnie w podeszłym wieku, ale tych niesamodzielnych. We współpracy z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej chcemy kontynuować ten projekt. On jest w tej chwili realizowany pilotażowo, z dofinansowaniem ze środków europejskich, ale chcemy to poszerzyć. Ta formuła bardziej otwarta moim zdaniem przyniesie więcej efektów niż precyzyjne wskazanie kolejnej poradni czy kolejnego elementu świadczeniodawcy do systemu. To tyle, jeśli chodzi o odpowiedzi.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

A na przyszłość, panie ministrze?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Na przyszłość, przede wszystkim podnosimy budżet przeznaczany na opiekę hospicyjną i opiekę długoterminową, podnosząc taryfy. Ja nie znam sytuacji takiej, żeby którykolwiek ze świadczeniodawców zbankrutował, jak mogłoby się zdarzyć. Ta liczba raczej wzrasta, m.in. dlatego że, po pierwsze, wzrastają potrzeby – jak najbardziej zgoda – ale wzrastają również wyceny. W związku z tym łącznie z fundacjami, łącznie z prywatnymi podmiotami, które często świadczą opiekę długoterminową, uzupełniają tę ofertę o opiekę hospicyjną… Myślę, że to jest ten kierunek, który na pewno będziemy stymulować poprzez zwiększanie kwot przeznaczanych na tę opiekę, tak jak w ostatnich 5 latach. 250 mln zł to dość dużo pieniędzy w systemie. Liczymy na to, że ta stymulanta poprawi zarówno dostępność, która – jak widać po czasach oczekiwania – nie jest taka specjalnie zła, jak i wycenę tych procedur, nie chcę powiedzieć „opłacalność" tych usług, ale chyba to też powinno być brane pod uwagę.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę bardzo.

Poseł Gabriela Masłowska (PiS):

Panie ministrze, na obszarach wiejskich istnieje duże zapotrzebowania na takie usługi jak fizjoterapia domowa. Jednocześnie wiem, że młodzi ludzie, którzy tam mieszkają, zdobywają urządzenia i chętnie by takie usługi świadczyli. Jakie jest podejście Ministerstwa Zdrowia w tej kwestii? Bo z mojej orientacji wynika, że NFZ jest jakby oporny – może to jeszcze nie ten moment – w ogłaszaniu takiego konkursu. Jakie jest podejście? Czy jest szansa na środki na tego typu usługi świadczone w ramach fizjoterapii domowej? Jakie jest państwa zdanie na ten temat? Czy ci ludzie, którzy chcą się zaangażować w taką działalność, mają pewność, że będą mieli wsparcie finansowe? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze? Proszę, pan. Proszę się przedstawić.

Poseł Gabriela Masłowska (PiS):

Chciałabym dodać, że według mnie pani opinia jest bardzo cenna i zawiera wiele słusznych przemyśleń. Myślę więc, że dobrze by było, żeby państwo mieli kontakt z ministerstwem.

Ekspert w PTMP Tomasz Dzierżanowski:

Tomasz Dzierżanowski, również Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, dyrektor medyczny CARITAS diecezji warszawsko-praskiej, kierownik medyczny Hospicjum Zgromadzenia Księży Marianów. To nie jest tak, panie ministrze, że 3–7 dni to jest dobrze. Kiedy byłem dyrektorem hospicjum stacjonarnego w Warszawie, to zrobiłem taką statystykę od 1 stycznia do 30 czerwca, czyli równe pół roku – 250 zapisanych do kolejki, przyjętych zostało 125 osób, 125 osób zmarło w kolejce. Gdzie zmarło? Powiem, gdzie. Przede wszystkim w szpitalu. Najczęściej na korytarzu, wiem, bo jako lekarz praktykujący wiele nocy i dni spędziłem w szpitalu na dyżurach.

Ta statystyka najczęściej nie jest taka. W tej chwili naszym najbardziej palącym problemem jest nierówność dostępności w Polsce. Trzy miesiące temu wyszło pismo od konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, aby rozważyć zwiększenie liczby świadczeń w hospicjach stacjonarnych, w oddziałach medycyny paliatywnej, w kilku województwach, które mają parametry dwukrotnie niższe. Między innymi mazowieckie jest na szarym końcu. Bezpieczna liczba łóżek, żeby kolejki były w miarę krótkie, to 10 na 100 tys. mieszkańców. W Warszawie obecnie jest pięć i nie ma woli – bo teraz było kontraktowanie – żeby to zwiększyć. W samej Warszawie jest nawet gorzej, bo ja mówiłem o województwie mazowieckim, a w Warszawie jest poniżej czterech. I to, proszę państwa, dzieje się od kilkunastu lat. Tak samo jest w województwach łódzkim i warmińsko-mazurskim oraz kilku innych województwach.

Wystosowaliśmy pismo. Odpowiedź od dyrektorów regionalnych była: nie. Natomiast proponujemy, żeby jednak wrócić do tego, bo nie chodzi o to, żeby sypać pieniędzmi, ale żeby było optymalnie. Być może trzeba by to wesprzeć lokalnie.

Druga sprawa. Chciałbym tylko powiedzieć, że widzę duży problem w procesie legislacyjnym. Teraz będzie rozporządzenie. My w latach 2011–2012, przez 12 miesięcy, jako zespół ekspertów, wypracowaliśmy strategię. Oczywiście to wtedy zostało odłożone na półkę, ale 2 lata temu zaczęliśmy współpracować z nową ekipą i wiele rzeczy – jak można powiedzieć – ruszyło z kopyta. I to nie tylko kwestia sfinansowania, ale także organizacyjna, co powiedziała pani dr Ciołkowska-Rysz. A teraz, kiedy jest nowelizacja rozporządzenia, kilkudziesięciu fachowców w kilkunastu ośrodkach testowało kartę kwalifikacyjną, próbowało to zrobić i dało projekt takiego rozwiązania, które mogłoby zoptymalizować przyjęcia, szczególnie w sytuacji takiej, kiedy wiele osób chce się dostać, a nie wszystkie mają ku temu powody.

Dzisiaj, żeby dostać się hospicjum, do opieki paliatywnej, trzeba mieć po prostu rozpoznanie z katalogu rozpoznań, co jest niesłuszne. I co się stało w procesie. Kiedy przypadkowo zostałem zaproszony do pani dr Kamili Malinowskiej, to również były inne dwie osoby. Tak nie może być. To jest 40-milionowe państwo i mamy pewien proces. Przecież mamy Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej i Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej i to w ten sposób powinno iść, bo projekt, który daliśmy – mówiąc krótko – nagle został zepsuty w stylu „lub czasopisma". Uważam, że tak nie powinno być. Dlatego wysłaliśmy te wszystkie uwagi. To jest pewne sprostowanie naszego stanowiska.

Wnoszę więc o te dwie sprawy, żeby rozważyć, panie ministrze, wyrównanie nierówności tam, gdzie jest tragicznie i w procesie nowelizacji uwzględniać jednak stanowiska przetestowane. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Nierówności są naszym problemem ogólnopolskim nie tylko w tej dziedzinie. To rzeczywiście jest duże wyzwanie w obrębie całego zdrowia publicznego.

Czy ktoś jeszcze? Pani poseł.

Poseł Anna Czech (PiS):

Ja dosłownie kilka zdań, à propos tej dostępności i nierówności dostępności. Tak się składa, że hospicja prowadzone są w znacznej części przez organizacje: CARITAS,

pożytku publicznego czy fundacje. Tak to się ukształtowało. I na ten cel są dodatkowo zbierane pieniądze. Już nie chcę mówić, że sama w tym aktywnie uczestniczę. Wydaje mi się jednak, że państwo nie wszytko jest w stanie załatwić, że państwo da na to i na to. Potrzebna jest oddolna inicjatywa ludzi, bo opieka hospicyjna to nie tylko procedury, to nie tylko znoszenie bólu. Trzeba jeszcze otoczyć tych ludzi autentyczną obecnością, opieką i być z nimi. To muszą robić ci, którzy naprawdę to czują i są w stanie to robić.

A Warszawa – przepraszam – pędzi nie wiadomo gdzie i po prostu zapomniała o tym, że potrzebne są takie miejsca. Obudź się, Warszawo!

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani poseł, ale obowiązek państwa też jest. Panie ministrze, proszę. Czy jeszcze coś chce pan dodać?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Niewiele jest do dodania. Oczywiście możemy spierać się odnośnie do procesu konsultacji, uwzględniania uwag czy formuły przygotowywania aktów prawnych. Możemy spierać się odnośnie do organizacji czy sposobu udostępnia. Możemy wreszcie spierać się odnośnie do tego, czy 3–7 dni oczekiwania to jest dużo, czy mało. Ja nie powiedziałem, że jest dobrze. Tego słowa nie użyłem. Uważam, że najlepiej jest, kiedy świadczenia tego typu są realizowane bezpośrednio. Nie uważam – również w mojej wypowiedzi – żebyśmy się uspokajali stanem obecnym i zwiększonym finansowaniem tej opieki w ostatnim czasie. Na pewno nie. Natomiast nie jesteśmy też w stanie zabezpieczyć wszystkich oczekiwań.

Odnośnie do tej strategii, którą tu również poruszamy, idzie ona w takim kierunku, aby wzmacniać finansowo te procedury tak, aby mogły powstawać kolejne jednostki, już niekoniecznie związane z fundacjami czy prywatnymi udziałowcami.

Jeśli chodzi o rehabilitację – bo takie pytanie tu padło, aczkolwiek to nie jest temat dzisiejszego spotkania – w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opracowujemy kompleksową usługę rehabilitacyjną, w której fizjoterapeuta jest umieszczany również w zakresie realizacji świadczeń domowych. W tej chwili – ja myślę, że to jest kolejne spotkanie – mamy pięć różnych świadczeń rehabilitacyjnych, pięć instytucji opłaca te świadczenia i szczególnie w miejscach, w których rzeczywiście nie było tego typu usług, widać, jakie tam są problemy. Chcemy po prostu stworzyć coś w rodzaju systemu rehabilitacyjnego, tak, aby go udostępnić, bo niekoniecznie ci, którzy znają ten system, wykorzystywali go najlepiej. Możemy na podstawie bazy PESEL obserwować, w jaki sposób zabezpieczamy te świadczenia. Tyle tej odpowiedzi.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze? Pani, proszę bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej Wiesława Pokropska:

Wiesława Pokropska, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Panie ministrze, ja jestem krótko po spotkaniu z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie medycyny paliatywnej. Na tym spotkaniu konsultanci zwrócili uwagę na to, że te kolejki 3–7 dni nie są do objęcia opieką. W niektórych województwach są to kolejki 3-miesięczne. A w czym jest problem? Niektóre hospicja są w stanie tych pacjentów objąć opieką, ale mają określoną liczbę świadczeń i po prostu boją się przyjąć więcej pacjentów pod opiekę, ponieważ nie mają gwarancji, że wszystkie świadczenia ponadlimitowe zostaną im zrefundowane. To jest ten problem kolejek, które można by skrócić, gdyby świadczenia ponadlimitowe były opłacane nie w jakimś procencie po roku, dopiero wtedy, kiedy umowa z NFZ zostanie zamknięta, tylko na bieżąco, w okresie półrocznym. Tak wszyscy konsultanci wojewódzcy mówili na temat kolejek.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czy pan, panie ministrze, chce odnieść się jeszcze do tych dwóch wypowiedzi?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Ja poproszę panią dyrektor Malinowską o te odpowiedzi. To znaczy, nie ma raportowania czasu oczekiwania. W związku z tym możemy tutaj przepychać różne opinie. Ja nie mówię o konkretnym czasie, tylko statystycznie, mediana jest taka. Chcielibyśmy –

i będziemy dążyć do tego – żeby było zero, niemniej jednak opinie możemy tutaj wypowiadać różne. Poprosiłbym, jeśli można, pani przewodnicząca…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, oczywiście rozumiem, że nie raportujemy i nie mamy tego w tej chwili, ale posiedzenia Komisji są właśnie po to, żeby temat wywoływać i coś zmieniać. Jeżeli więc są tego typu sygnały, to może warto się zastanowić, że może trzeba tę sprawozdawczość zmienić, żeby mieć później konkretne dane, bo mediana medianą, ale – przepraszam bardzo – nie jest to najlepszy wskaźnik do tego. To, że będzie to wyzwanie w przyszłości – będzie i musimy się do tego strategicznie, długoplanowo przygotować. Żeby to zrobić planowo i dobrze, trzeba mieć dane. Niech więc na tym posiedzeniu Komisji wybrzmi chociażby to, że należy zbierać te dane inaczej. Może to jest wyjście z sytuacji.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Oczywiście, tylko mówimy tu i teraz. I w ten sposób są te odpowiedzi kierowane. Wszelkie informacje, sugestie, uwagi do aktów prawnych i różne wypowiedzi bierzemy pod uwagę, tak aby dla chorych było jak najlepiej. Może mógłbym oddać…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Rozumiem, panie ministrze, że to też państwo będą brać pod uwagę i że statystyka i sprawozdawczość w tym zakresie będą mieć szansę się zmienić. Czy tak, panie ministrze?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Tak, pani poseł.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze? Pan poseł, proszę,

Poseł Rajmund Miller (PO):

Ja w związku z wypowiedzią pana doktora. Chciałbym zapytać, jak statystycznie wygląda ta liczba łóżek hospicyjnych na 100 tys. mieszkańców w Polsce, a jak w innych krajach europejskich. To, po pierwsze. Tam ta liczba wynika z pewnych doświadczeń i oni mieli te doświadczenia wcześniej.

Po drugie, czy państwo mają dane, w związku z tym, ile tych łóżek w Polsce powinno być. I czy przewidzieli państwo środki na uruchomienie takiej opieki, na zapewnienie minimum? Bo rozumiem, że te 10 łóżek na 100 tys. mieszkańców to jest minimum. A skoro przedstawiciele opieki hospicyjnej mówią o tym, że są pacjenci, którzy czekają 3 miesiące, to znaczy, że generalnie w Polsce tych łóżek jest zdecydowanie za mało.

Mam jeszcze do państwa pytanie wynikające z moich kontaktów z hospicjami, bo poprzednio zgłaszano mi taki problem, że w przypadku pacjenta, który był przenoszony ze szpitala, za pierwszy dzień pobytu w hospicjum nie płacono. Nie płacono również niestety za ostatni dzień albo wtedy, kiedy pacjent umierał lub był wypisywany. W związku z tym realne koszty hospicjów nie są pokrywane. Tak mi zgłaszano, że koszty są znacznie większe, natomiast hospicja otrzymują zwrot środków bez tych 2 dni. Jak to zostało rozwiązane?

Ekspert w PTMP Tomasz Dzierżanowski:

Odpowiadam…

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Chwileczkę, ja udzielam głosu. Panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Na pytanie dotyczące porównania z krajami europejskimi odpowiem na piśmie, bo nie mam przygotowanej takiej informacji.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

A ja mam jeszcze dodatkowe pytanie, pan poseł mnie natchnął. Jak wygląda ta prognostyka według map potrzeb zdrowotnych? Czy są opracowywane mapy zdrowotne?

Pan doktor się zgłaszał. Proszę bardzo…

Ekspert w PTMP Tomasz Dzierżanowski:

To znaczy, zostałem wywołany, bo pytanie było do mnie kierowane.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę bardzo.

Ekspert w PTMP Tomasz Dzierżanowski:

Polska, mimo że należy do czołówki krajów światowych, niestety pod względem niektórych parametrów jest bardzo daleko. Liczba łóżek, która jest obecnie zalecana, to już nie 10, a 12. 10 było kilkanaście lat temu i te 10 jest naszym celem, bo jesteśmy daleko.

Ile jest w tej chwili w Polsce? Średnia krajowa to 6,5 łóżka na 100 tys. mieszkańców. Natomiast są takie województwa jak zachodniopomorskie, gdzie jest to 2,6, czyli trzy -czterokrotnie mniej niż zalecana liczba, a być może już nawet pięciokrotnie. Przykładowo w województwie mazowieckim jest 4,7, ale w samej Warszawie, biorąc pod uwagę aglomerację, jest dużo mniej. Dlatego czas oczekiwania jest długi. W Warszawie, w chwili obecnej, jeżeli pan minister będzie chciał kogoś polecić, żeby go położyć, to oczekiwanie jest 3-tygodniowe. Poza Warszawą w województwie mazowieckim oczekiwanie trwa od tygodnia do 3 tygodni. Są oczywiście inne – śląskie tylko 6 łóżek. Jest wiele miejsc poniżej średniej krajowej. Generalnie potrzebujemy drugie tyle łóżek w Polsce. Obecnie mamy prawie 2700 łóżek stacjonarnych, a powinniśmy mieć ich ok. 5 tys., żeby zapewnić minimum świadczeń stacjonarnych.

Chciałbym tylko zwrócić uwagę na jeden fakt. Pacjent, który nie zostanie położony w hospicjum stacjonarnym… Przepraszam, że jedną rzecz wyjaśnię. Powinniśmy używać nazwy opieka paliatywna, a nie opieka hospicyjna. To jest bardzo istotna różnica i to trzeba zmienić również w rozporządzeniu. Otóż, jeżeli nie zostanie położony, zostanie zawieziony do szpitala, gdzie koszt opieki jest dużo wyższy. My, zwiększając liczbę świadczeń stacjonarnych w opiece paliatywnej, obniżamy koszty per se w całości. Czy odpowiedziałem na to pytanie, panie pośle?

Poseł Rajmund Miller (PO):

Tak. Jeszcze opłaty, jeśli można. Czy jest płatny, czy nie…

Ekspert w PTMP Tomasz Dzierżanowski:

Tak. Bardzo istotnym problemem jest brak płatności za pierwszy lub ostatni dzień opieki. Dlaczego to jest tak istotne? Dlatego, że w opiece paliatywnej większość pacjentów umiera. W tym pierwszym dniu, kiedy my obejmujemy opieką, i ostatnim jest wiele czynności, których koszty są trzy-, czterokrotnie wyższe niż średniego dnia. Dlatego od wielu lat bardzo prosimy o to, aby w tej dziedzinie można było rozliczać ostatni dzień jako pełny dzień, żeby nie było to dzień zerowy, ponieważ rodzi to olbrzymie straty.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Panie ministrze, myślę, że w tej chwili nie będziemy panu zadawać pytań na te bardzo szczegółowe tematy, bo pewnie wymaga to rozmowy także z przedstawicielami NFZ, ale mam taką propozycję, żebyśmy otrzymali informację o tym, czy państwo ewentualnie rozważają temat płatności ostatniego dnia, co jest przyczyną, że ten dzień nie jest opłacany i jak to wygląda w państwa rozmowach z NFZ.

Druga moja prośba i pytanie, na które również chciałabym otrzymać odpowiedź pisemną, odnośnie do dostępności i liczby łóżek ze względu na nie tylko równomierne rozłożenie w Polsce – co jest nieprawdopodobnym wyzwaniem – ale i fakt, że ta liczba jest zdecydowanie za niska. W związku z tym moje pytanie jest takie: Jak to wygląda na mapach zdrowotnych i jaka jest strategia krok po kroku, rok po roku, zwiększania liczby łóżek w całej Polsce?

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze ewentualnie coś dodać? Jeżeli nie, uważam, że przyjęliśmy informację ministra na temat opieki hospicyjnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci. Czy są jakieś zastrzeżenia? Nie ma. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.